



UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE MÉXICO

FACULTAD DE ODONTOLOGÍA

EVALUACIÓN DE MODELOS DE COMPORTAMIENTO PARA LA PROMOCIÓN DE LA SALUD

T E S I S

QUE PARA OBTENER EL TÍTULO DE

CIRUJANA DENTISTA

PRESENTA:

DIANA PATRICIA SEGURA BELLO



TUTOR: MTRO. JAVIER DE LA FUENTE HERNÁNDEZ

ASESORA: MTRA. MARÍA DEL CARMEN VILLANUEVA VILCHIS

MÉXICO, D.F.

2008



Universidad Nacional
Autónoma de México

Dirección General de Bibliotecas de la UNAM

Biblioteca Central



UNAM – Dirección General de Bibliotecas
Tesis Digitales
Restricciones de uso

DERECHOS RESERVADOS ©
PROHIBIDA SU REPRODUCCIÓN TOTAL O PARCIAL

Todo el material contenido en esta tesis esta protegido por la Ley Federal del Derecho de Autor (LFDA) de los Estados Unidos Mexicanos (México).

El uso de imágenes, fragmentos de videos, y demás material que sea objeto de protección de los derechos de autor, será exclusivamente para fines educativos e informativos y deberá citar la fuente donde la obtuvo mencionando el autor o autores. Cualquier uso distinto como el lucro, reproducción, edición o modificación, será perseguido y sancionado por el respectivo titular de los Derechos de Autor.

A Dios

Por guiar mi vida.

A mis Padres

Por todo su amor, apoyo y consejos.

A mis hermanos

Por su cariño y amistad.

A mi esposo Scott

Por hacerme feliz, por su inmenso amor, paciencia y apoyo incondicional durante todo este tiempo y siempre.

Al Dr. de la Fuente

Por su gran apoyo y dedicación pero sobre todo por su cariño y amistad.

A la Dra, María del Carmen

Por su gran ayuda y amistad.

A mis amigos

Por hacer la vida más divertida.

ÍNDICE

INTRODUCCIÓN	¡ERROR! MARCADOR NO DEFINIDO.
MARCO TEÓRICO	¡ERROR! MARCADOR NO DEFINIDO.
TEORÍAS Y MODELOS DE PROMOCIÓN DE LA SALUD	¡ERROR! MARCADOR NO DEFINIDO.
1. <i>Modelo de Creencias de Salud.....</i>	<i>¡Error! Marcador no definido.</i>
2. <i>Teoría de Acción Razonada/Comportamiento Planeado</i>	<i>¡Error! Marcador no definido.</i>
3. <i>Modelo transteórico (etapas de cambio) ¡Error! Marcador no definido.</i>	
4. <i>Modelo de enfoque al niño</i>	<i>¡Error! Marcador no definido.</i>
ANTECEDENTES	¡ERROR! MARCADOR NO DEFINIDO.
PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA	¡ERROR! MARCADOR NO DEFINIDO.
JUSTIFICACIÓN	¡ERROR! MARCADOR NO DEFINIDO.
OBJETIVOS	¡ERROR! MARCADOR NO DEFINIDO.
OBJETIVO GENERAL.....	¡ERROR! MARCADOR NO DEFINIDO.
OBJETIVOS ESPECÍFICOS	¡ERROR! MARCADOR NO DEFINIDO.
METODOLOGÍA.....	¡ERROR! MARCADOR NO DEFINIDO.
TIPO DE ESTUDIO	¡ERROR! MARCADOR NO DEFINIDO.
UNIVERSO DE ESTUDIO.....	¡ERROR! MARCADOR NO DEFINIDO.
TAMAÑO Y TIPO DE MUESTRA.....	¡ERROR! MARCADOR NO DEFINIDO.
CRITERIOS DE SELECCIÓN	¡ERROR! MARCADOR NO DEFINIDO.
VARIABLES	¡ERROR! MARCADOR NO DEFINIDO.
RECOLECCIÓN DE LA INFORMACIÓN....	¡ERROR! MARCADOR NO DEFINIDO.
MÉTODOS DE PROCESAMIENTO	¡ERROR! MARCADOR NO DEFINIDO.
ANÁLISIS DE LA INFORMACIÓN	¡ERROR! MARCADOR NO DEFINIDO.
CONSIDERACIONES ÉTICAS	¡ERROR! MARCADOR NO DEFINIDO.
RESULTADOS	¡ERROR! MARCADOR NO DEFINIDO.
DISCUSIÓN	¡ERROR! MARCADOR NO DEFINIDO.
CONCLUSIONES.....	¡ERROR! MARCADOR NO DEFINIDO.

ANEXOS ¡ERROR! MARCADOR NO DEFINIDO.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS ¡ERROR! MARCADOR NO DEFINIDO.

INTRODUCCIÓN

A pesar de la inmensa inversión que se ha hecho en campañas de salud bucal a nivel global, la Organización Mundial de la Salud (OMS) ha reportado noticias desalentadoras respecto al estado de salud bucodental observada en las comunidades que sufren de una posición socioeconómica desfavorable¹. Una salud bucal deficiente podría causar problemas en la salud general del individuo y esto ha sido demostrado con estudios que exponen la relación entre la enfermedad periodontal y la diabetes², o el deterioro y dolor dental con malnutrición.

Uno de los aspectos más relevantes dentro de la prevención, son los programas de promoción para la salud, los cuales se dirigen principalmente a los conocimientos, actitudes y prácticas, sin embargo, la mayoría han mostrado tener únicamente un resultado parcial, ya que en realidad el estado de salud bucodental no ha mostrado tener diferencias significativas. Aunado a esto, se observa que la mayoría de los programas no tienen un enfoque adecuado para los niños lo cual va en decremento de su eficacia en este grupo poblacional.

El propósito del presente estudio es identificar la percepción de los profesores(as) de la Facultad de Odontología respecto a algunos modelos usados en promoción para la salud.

MARCO TEÓRICO

La salud es un derecho humano básico, y es esencial para el desarrollo social y económico de las naciones, por lo tanto y en respuesta a esto, organizaciones internacionales como la OMS/UNESCO, han organizado una secuencia de eventos en busca de soluciones y de respuestas al problema de salud global que hemos y estamos viviendo. Las ideas serias comenzaron con el compromiso de la OMS “Salud para todos” (1977), seguido por la conferencia internacional en Alma-Ata (1978). La primera Conferencia Internacional en Promoción de la Salud en países industrializados, se llevó a cabo en Canadá (Ottawa 1986), la cual tuvo como resultado la declaración de La Carta de Ottawa, la cual ha sido una fuente de guía e información invaluable para la promoción efectiva de la salud; otras reuniones importantes le siguieron en “Políticas Sanas de Salud” (Adelaida, 1988) y “Ambientes de Soporte para la Salud (Suecia, 1991), donde se clarificó la importancia y el significado de la promoción de la salud. La cuarta conferencia Internacional se llevó a cabo por primera vez en un país subdesarrollado, en Indonesia (Yakarta, 1997), en ésta conferencia se destacó la importancia de involucrar al sector privado en el apoyo de la promoción de la salud, y dio la pauta y oportunidad de revisar los factores determinantes de la salud y buscar nuevas estrategias para promover la salud en el siglo XXI. La propuesta de creación de medios para canalizar las inequidades en la salud dentro del concepto de “Promoción de la salud fue el tema de la 5ta conferencia Internacional llevada a cabo en México, (2000) y por último en Tailandia (Bangkok, 2005) “Orientando los determinantes de la Salud”, donde se revisa la importancia en la creación, continuidad y sostenimiento de políticas de salud a nivel mundial.

Como se puede observar, muchas propuestas y planes se han elaborado para promover la salud alrededor del mundo, pero todavía seguimos viendo la gran inequidad que cada día se hace más aparente y la constante batalla contra los problemas de salud, no solo los que siempre han existido sino los nuevos problemas que emergen a causa de las siempre cambiantes condiciones sociales y económicas en las que vivimos como son las medidas

de comercialización, los cambios ambientales mundiales, las nuevas formas de consumo, la urbanización, etc. Así cada día nos enfrentamos a nuevos problemas de salud asociados a la forma y estilo de vida, por ejemplo, la obesidad y sobrepeso son los principales factores que contribuyen al origen de enfermedades crónicas e incapacidades¹. El consumo de alimentos elevados en azúcar y grasas saturadas combinado con reducida actividad física nos ha llevado a cifras de obesidad tres veces mas altas que las reportadas hace 20 años¹. En el mundo hay por lo menos 300 millones de adultos clínicamente obesos y por lo menos 20 millones de niños menores de cinco años sufren de sobrepeso². Esta tendencia es particularmente alarmante en niños y adolescentes, puesto que tanto la obesidad como el sobrepeso continúan en la vida adulta, lo cual resulta en problemas de salud asociados durante las generaciones siguientes. En la región europea, se ha observado un crecimiento anual en la prevalencia de obesidad infantil, la cual es diez veces más alta que en 1970³. La obesidad y el sobrepeso se están incrementando a una mayor velocidad en Latinoamérica que en Norteamérica o Europa, este problema está reemplazando el hambre y la malnutrición como los principales contribuidores de la mortalidad en países latinoamericanos⁴. En Chile, México y Perú uno de cada cuatro niños de 4 a 10 años sufre de sobrepeso⁴. En las últimas seis décadas la incidencia y prevalencia de la obesidad infantil en México ha aumentado progresivamente y de una manera alarmante en los últimos 20 años. De acuerdo a la Encuesta Nacional de Salud (ENSA) 2006, el incremento más inquietante fue en la prevalencia de obesidad en los niños (77%), comparados con las niñas (47%)⁵. En México, el factor de riesgo que más se asocia a la obesidad en los niños es la modificación en los patrones de alimentación con dietas de un alto valor calórico aunado a la disminución en el grado de actividad física⁶. Este problema conlleva a un aumento en la inequidad entre las poblaciones, debido a que el sobrepeso y la obesidad afecta más frecuentemente a poblaciones de bajo nivel socioeconómico³.

Con lo anterior, podemos observar que existe un problema de salud a nivel global, y por otro lado, las propuestas y teorías surgidas con el fin de erradicar los problemas que nos afectan, no han obtenido resultados eficientes a pesar de la extensa investigación y presupuesto utilizado a lo largo de todos estos años. En este trabajo se explicarán brevemente algunos modelos y teorías de comportamiento para promover la salud que se han propuesto y a la vez, evaluaremos la opinión de los profesores de la facultad de Odontología acerca de estos modelos y su aceptación en la práctica odontológica actual.

Teorías y modelos de promoción de la salud

Teoría

Es un conjunto de proposiciones que sirven como explicación de un fenómeno. Es un arreglo sistemático de principios fundamentales que proporcionan una base para explicar ciertas cuestiones de la vida cotidiana⁷.

Modelo:

Es el vehículo usado para aplicar las teorías. Los modelos proporcionan un plan para investigar y/o re-orientar un fenómeno³.

Dentro de las teorías y los modelos más utilizados en la literatura que intentan explicar los comportamientos de salud y los cambios a la misma enfocándose en el individuo se destacan los siguientes:

1. Modelo de Creencias de Salud

Es un modelo psicológico que intenta explicar y predecir los comportamientos de salud. Esto lo hace enfocándose en las actitudes y creencias del individuo y respalda sus fundamentos en la creencia de que una persona va a tomar una sana acción si sabe que:

- Una condición de salud negativa puede ser evitada

- Tiene la esperanza de que si toma acciones recomendadas puede evitar condiciones de salud negativas
- Cree que puede tener éxito y lograr la acción que se le ha sido recomendada⁸

Con este modelo, los autores tratan de explicar los factores que determinan la conducta y el comportamiento del individuo, considerando que las creencias son afirmaciones hechas por las personas, aquí, ellos instauran una relación entre un comportamiento y una actitud. Estas creencias pueden ser establecidas por la experiencia personal o por enseñanzas del pasado que influyen los dos, tanto como el paciente siente, como sus acciones⁸. Según el modelo de Creencias de la Salud, la posibilidad de que un individuo inicie un comportamiento de salud depende del resultado de la percepción de amenazas sobre la propia salud y la creencia de éste sobre la posibilidad de reducir esas amenazas⁹.

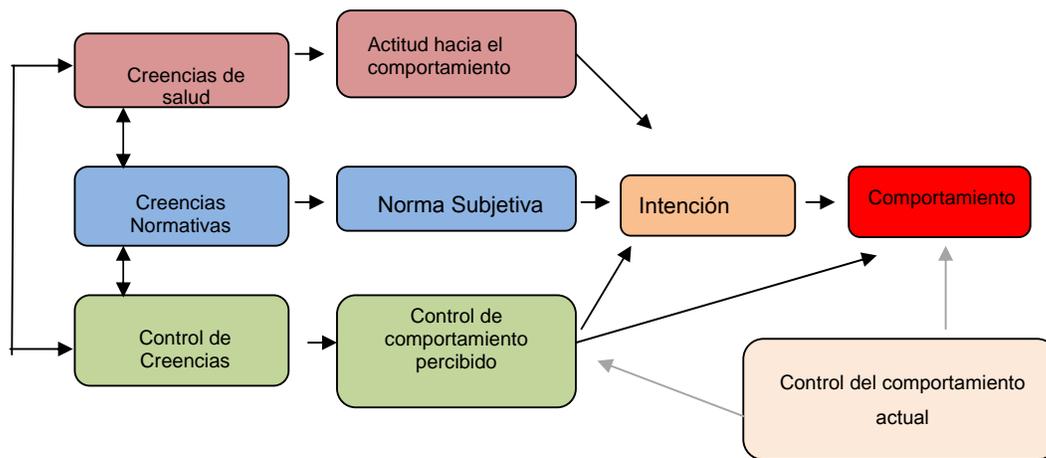
Este es un modelo de respaldo cognitivo que considera los comportamientos como resultado del conjunto de creencias y valoraciones internas que el sujeto asumen en una situación determinada. Aunque el número de investigaciones que este modelo genera aún hoy día es considerable, numerosos resultados contradictorios cuestionan su validez explicativa, resaltando la falta de correspondencia encontrada entre las creencias de un sujeto y su comportamiento relacionado con la salud.

2. **Teoría de Acción Razonada/Comportamiento Planeado**

Esta teoría sugiere que la mejor forma de predecir el comportamiento es la intención. La intención es la representación cognitiva de una persona que está dispuesta a realizar un determinado comportamiento y es considerada como el antecedente inmediato del comportamiento. Se dice que las actitudes se derivan de creencias y estas pueden variar de negativas a positivas.

El objetivo de la Teoría de Acción Razonada es el de como promotor de la salud, predecir y entender directamente los comportamientos observables que están primariamente bajo el control de los individuos⁹. El determinante central de esta teoría es la motivación de la persona como elemento importante para cambiar o modificar su comportamiento.

Diagrama: Teoría de Acción Razonada/Comportamiento Planeado



Fuente: Ajzen, I. (1991). *The theory of planned behaviour*¹⁰.

Dentro de esta teoría, el comportamiento está determinado por la intención, y ésta a la vez es influenciada por las actitudes del individuo y su percepción de la presión social.

3. **Modelo transteórico (etapas de cambio)**

Es un modelo integrado de cambios del comportamiento. En él se describe como la gente modifica un comportamiento nocivo o adquiere un comportamiento positivo. Su estructura se basa en las etapas de cambio; con éstas, se intenta incrementar el autoestima y preparar a los individuos para que actúen y puedan tomar decisiones, crear metas y

lograr cambios en sus hábitos de salud. Sus autores Prochaska y Di Clemente (1982) proponen la consideración de 5 procesos para entender los comportamientos de cambio de los individuos y estos son:

1. *Pre-contemplación*: Los individuos en ésta etapa no están conscientes del problema y por lo tanto no piensan en cambiar su comportamiento
2. *Contemplación*: Aquí, las personas saben que tienen un problema y están pensando seriamente en cambiarlo pero no están preparados todavía para hacerlo
3. *Preparación*: Cuando el paciente se siente listo a tomar los primeros pasos para cambiar su comportamiento.
4. *Acción*: Es la fase donde las modificaciones de comportamiento ocurren
5. *Mantenimiento/ prevención de recaída*: Donde la persona continúa con el cambio integrándolo a su estilo de vida cotidiano y por consiguiente, se prepara para prevenir recaídas.

En caso de que el individuo recaiga, pueden suceder dos situaciones, el proceso comienza de nuevo o se regresa a alguna de las etapas anteriores. Se ha reconocido que los individuos cambian constantemente de etapas, avanzando y regresando hasta que finalmente el cambio llega a ser permanente⁸.

De la misma manera, sus autores considera que el modelo transteórico se forma de diferentes teorías de comportamiento para la salud, en él se señala cuándo, cómo y porqué la gente cambia su comportamiento. Éste incluye dos niveles: 1) *Etapas de Cambio*, el cual refleja una dimensión temporal del comportamiento dividido en 6 consecutivas etapas; y 2) un conjunto de ideas que explican cómo la gente evoluciona a lo largo de las etapas de cambio, por ejemplo, actividades cognitivas y de comportamiento que las personas usan para modificar sus experiencias y el medio ambiente para obtener el comportamiento deseado.

Este modelo se ha usado extensivamente en diferentes programas¹¹ para dejar de fumar, abuso de alcohol, control de peso, uso del condón para

prevenir VIH, abuso de drogas, uso de bloqueadores solares para prevenir cáncer de la piel, ejercicio¹² y nutrición¹³, principalmente por su eficiencia en crear intervenciones desarrolladas en etapas y hechas a la medida. Sin embargo, a pesar del gran auge en programas de intervención en el ejercicio, debido a los problemas metodológicos en su desarrollo que restringen los estudios meta-analíticos, no se han logrado conclusiones claras acerca de su efectividad en predecir comportamientos¹³; el mismo problema se presenta con estudios en nutrición lo que conlleva a resultados inconclusos acerca de la eficiencia del modelo transteórico¹⁴.

4. **Modelo de enfoque al niño**

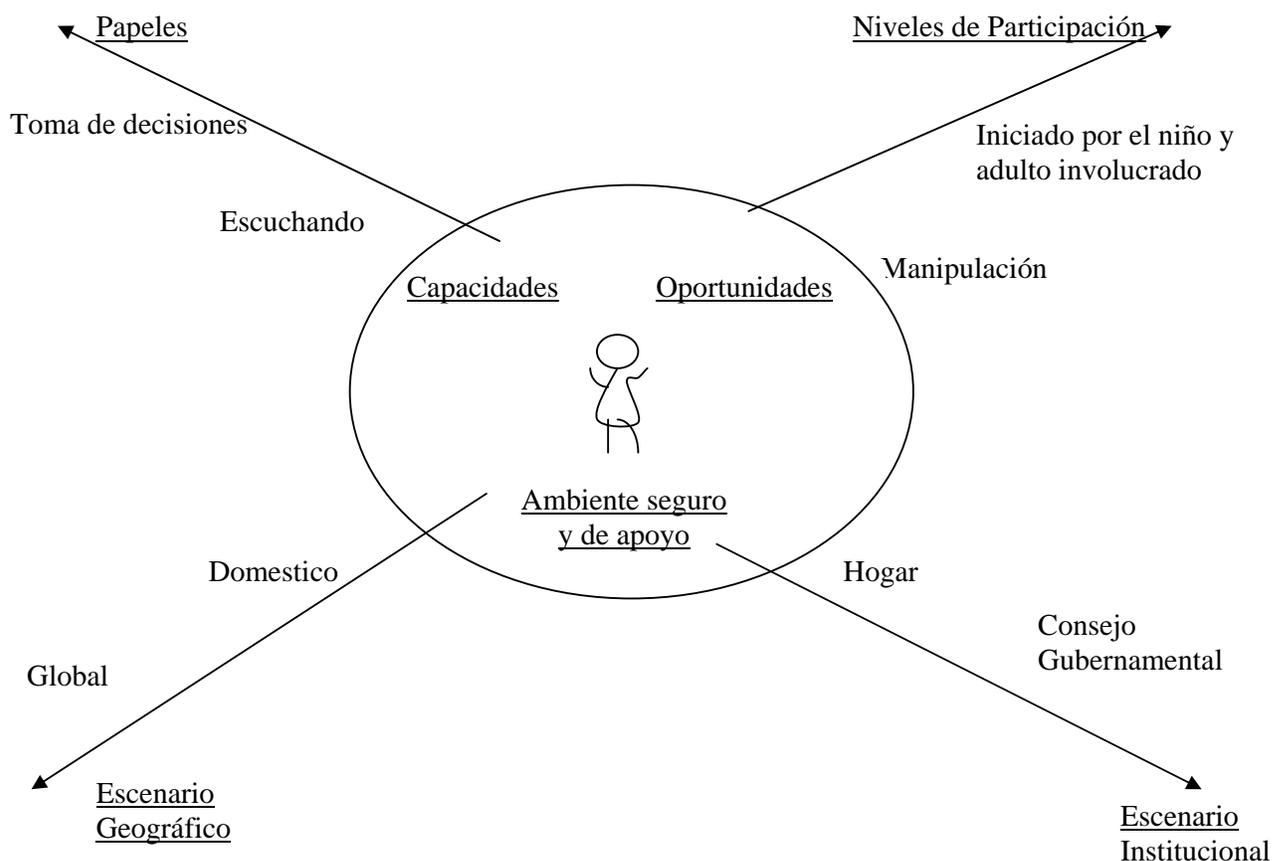
Los derechos del niño han sido establecidos por organizaciones internacionales como la UNICEF por sus siglas en inglés (United Nations Children's Fund) y la OMS. Los niños son definidos como todas aquellas personas entre 0 y 18 años de edad, sin embargo, en la actualidad, el concepto de niñez a nivel mundial es muy diferente debido a la influencia de factores culturales y políticos que la han determinado. Al elaborar programas de promoción para la salud infantil, es ineludible tomar en cuenta sus derechos, sus voces deben ser oídas y su participación activa es necesaria para el eficiente desarrollo del programa

En este sentido, la convención de los derechos del niño proporciona una guía para la participación de éstos en programas de investigación, sin embargo, “participación” puede interpretarse ambiguamente. Según Roger Hart¹⁵ la definición de “participación de los niños” puede tomar diversas connotaciones, para evitar esto, él describe una escala de ocho grados para explicarla:

Grado de Participación	<ul style="list-style-type: none"> 1) El niño inicia y comparte decisiones con adultos 2) El niño inicia y el niño dirige proyectos 3) El adulto inicia y comparte decisiones con el niño 4) El niño participa. Aquí, es consultado e informado (el adulto es el encargado del proyecto, pero el niño entiende el proceso y sus opiniones son tratadas seriamente) 5) Información sobre el programa asignado al niño(s) es dada.
No hay Participación	<ul style="list-style-type: none"> 6) La voz de los niños es escuchada pero tienen pocas opciones en el tema, la forma de comunicarlo o algo que ver en la organización del programa 7) Los niños son usados como decoración, en donde hacen parte de un evento pero no han recibido ninguna explicación del porque están ahí 8) Manipulación

Considerando ésta clasificación, el autor comenta que los programas dedicados a niños que aplican grados 6-8 fallan en su objetivo principal de participación infantil y a la vez la organización a cargo del proyecto pierde confiabilidad debido a que no respeta el derecho del niño a participar en programas que los afectan directamente. Por ello, Rakesh Rajani¹⁶ propone un marco teórico en donde señala la importancia de una relación cercana entre niños y adultos, ilustra el papel del niño donde es escuchado y donde éste toma parte activa en las decisiones. Según Rajani, tres son los factores básicos que van a influenciar el grado de participación: 1) las capacidades individuales del niño, 2) el adecuado ambiente y 3) las oportunidades creadas para la participación. Cualquier programa de salud que desee incrementar la participación de los niños/adolescentes debe empezar por identificar, influenciar y cambiar éstos factores básicos¹⁶.

Marco Teórico para la participación del niño (Rajani, 2000)



Fuente: Rakesh Rajani¹⁶

Estudios hechos en niños de edad escolar demostraron que éstos evitan conversaciones significativas porque el investigador o el promotor de la salud adoptan un rol dominante en su papel de profesional con conocimiento y consejos¹⁷.

Por lo anterior, resulta fundamental reflexionar respecto a las acciones de los adultos y cómo estos pueden proporcionar un entorno adecuado para impulsar la cooperación infantil en programas de promoción para la salud.

¿Cómo podemos propiciar la participación de los niños?

Es reconocido que el pedir a los niños de edad escolar primaria que vocalicen sus respuestas, éstas son limitadas porque su vocabulario también es limitado debido a su edad y desarrollo cognitivo. La habilidad que tienen los niños de articular sus opiniones y sentimientos no es igual que la de los adultos y por lo tanto es fácil interpretar sus respuestas erróneamente, de la misma manera, los niños se pueden sentir intimidados por los adultos y pueden preferir no proporcionar información en una entrevista cara a cara, restringiendo el acceso a la misma, por lo que es recomendable aplicar un cuestionario o cualquier otra metodología de manera indirecta para que los niños se sienten más libres de responder¹⁸.

Igualmente, debido a que es difícil formular preguntas escritas que identifiquen las experiencias del niño, es recomendable utilizar como estrategia el dibujo, puesto que dibujando ellos pueden expresar ideas por las que no tienen palabras, y podemos encontrar respuestas positivas puesto que dibujar es visto como una actividad divertida, dibujar ayuda a los niños a relajarse y concentrarse en sus pensamientos actuando como catalista para responder y romper así la barrera de comunicación.

El dibujar respuestas, también puede ser limitado para el adulto, el cual puede darle un significado erróneo a lo que ve, por lo tanto es mejor dejar al niño que interprete sus propios dibujos, mientras el adulto escucha. Pridmore and Bendelow (1995) destacan que la técnica de dibujar-escribir hace que la información sea más clara porque el dibujar ayuda al niño a participar; asiste a investigadores a tratar a los niños como sujetos y no como objetos y los anima a tener tiempo de reflexionar y obtener control sobre sus propias ideas que no pueden todavía expresar verbalmente¹⁹.

ANTECEDENTES

Los modelos y teorías de la psicología social nos ayudan a explicar la conducta humana y contribuyen a identificar o determinar la probabilidad de que se den ciertos comportamientos. El conocimiento y entendimiento de éstos modelos es básico, puesto que nos sirven como un medio para entender los motivos que influyen en la conducta y en la toma de decisiones de cada individuo sobre su salud, así como identificar sus fortalezas y debilidades, lo cual nos permitirá planificar intervenciones exitosas y apropiadas a la promoción de la salud.

Diversos programas para la promoción de la salud bucal infantil se han implementado globalmente con resultados muy diversos; En China, por ejemplo, en la ciudad de Wuhan, se implementó un programa de 3 años en 6 escuelas primarias escogidas al azar, llamado “*Escuelas Promotoras de Salud*”, éste programa diseñado por la OMS señala la importancia de la participación activa de los estudiantes para reforzar y respaldar acciones personales y tomen control de su propia salud. Esta es una metodología básica e indispensable para modificar comportamientos, dado el impacto que tiene el apoyo de un ambiente saludable, junto con la colaboración de profesores(as) y padres, hace que este esquema sea muy completo¹. De acuerdo a los resultados, éste programa tuvo efectos positivos en la disminución de sangrado gingival, en el comportamiento del salud oral del niño, en el aumento de conocimientos en salud bucal y también hubo mejoramiento de actitudes hacia la salud bucal de madres y profesores(as), sin embargo, no hubo ningún efecto positivo en la incidencia de la caries dental¹. No obstante, los programas implementados que no obtienen resultados de mejoramiento de la salud, no deben ser relegados por completo, pues estos pueden tener efectos positivos en relación a conocimientos de salud y/o comportamientos de salud bucal.^{2,3}

Varios artículos encontrados de programas para la promoción de la salud no especifican que tipo de procedimiento usaron en las sesiones, no señalan la utilización de una metodología enfocada al niño, y no mencionan detalles de

cómo fueron dictadas, y si éstas han tomado en cuenta el elemento cognitivo del niño en cada etapa de su desarrollo⁴, sin embargo, los estudios afirman que el uso de sesiones básicas en la educación de la salud junto con actividades de higiene bucal como el cepillado diario supervisado pueden reducir el desarrollo de nueva caries⁴.

Así mismo, la literatura ha reportado⁵ que cuando en un programa de promoción para la salud infantil, el encargado de éste no interactúa y motiva a los niños a hacer un cambio de conducta, el desarrollo de las etapas de este cambio se hacen más difíciles, situación que sucede en la gran mayoría de programas de promoción de la salud, en donde la información es dada a una audiencia en general sin tomar en cuenta su heterogeneidad, su opinión y la importancia de adaptar estos programas al individuo⁵. La definición de metas mutuas entre el promotor de la salud y el individuo, así como la identificación de qué tan listo se encuentra el paciente para efectuar el cambio son los puntos básicos dentro de la estructura de un programa como sugiere el modelo transteórico para la promoción de la salud, sin embargo, el identificar el momento y reaccionar cuando el paciente está listo no es fácil, por lo tanto, en la interacción con el individuo, es fundamental tomar en cuenta sus necesidades, preferencias y los factores que están relacionados con su comportamiento de salud bucal, lo cual permitirá identificar el momento adecuado y crear conversaciones que favorezcan e inciten al individuo a aceptar las recomendaciones y facilitar la conducta de manera natural, para que formen parte de sus propias normas de comportamiento⁵. No obstante, además del conocimiento, actitudes y creencias del individuo, es importante considerar los factores ambientales como lo son la estructura de la comunidad, las oportunidades y el apoyo social, puesto que un entorno adecuado propicia un índice de éxito más alto hacia cambios favorables de comportamientos de la salud⁵.

En un artículo donde la literatura existente fue revisada y en donde los estudios fueron basados en aspectos de comunicación entre médico-padres-niño⁶ revelaron que la contribución conversacional del niño es muy poca (2-

14%) y que aunque el niño es el centro de la investigación, su aportación verbal ha sido ignorada y subestimada, predominando el diálogo entre padres-médico. Ante tal circunstancia, si consideramos que cuando ofrecemos cuidados a un paciente en general, esta atención es orientada solo al paciente, por lo tanto, el programa dirigido al niño como paciente deberá dársele la importancia que demanda, dado que ésta es tan o más importante que la de los padres. Desafortunadamente, el papel del niño en la comunicación no ha sido ampliamente estudiado mostrando el poco interés que se le ha otorgado.

Los programas de promoción para la salud que incluyen en su diseño una amplia variedad de factores que influyen en la salud, como lo son el estado socio-económico, el medio ambiente, los hábitos alimenticios junto con la colaboración de representantes de diferentes áreas que tienen que ver directa o indirectamente con el mejoramiento de la salud como investigadores, dentistas, nutriólogos, farmacistas, profesores(as) de escuelas primarias, padres de familia y la misma comunidad), hacen que el proyecto sea más eficiente, que su estrategia se convierta en una política de salud y por lo tanto en una acción que produce resultados positivos dado que disminuyen las inequidades de salud que sufren las comunidades en desventaja alrededor del mundo^{7,8}. Adicionalmente, estos programas a su vez, apoyan a las comunidades a identificar oportunidades que reducen la frecuencia de causantes cariogénicos y acrecientan y promueven la continuidad de comportamientos protectores contra la caries⁸.

El modelo creencias en la salud es interesante y en teoría tiene sentido, pero en la práctica se ha llegado a comprobar que la información dada a un individuo no necesariamente causa un cambio de comportamiento o que el cambio si se genera pero a muy corto plazo. Por otro lado, bien se sabe que el elemento cognitivo es un factor predisponente para la adopción de hábitos saludables y aunque el reconocimiento de algo, por sí solo, no es un indicador de un cambio de conducta, sí se ha demostrado que cierta cantidad de información es necesaria para iniciar el proceso que conducirá a un cambio del comportamiento⁹. Por lo tanto, las intervenciones preventivas que

intentan controlar y evitar conductas de riesgo resultan mejores si consideran el componente cognitivo.

Una gran debilidad del modelo creencias de salud es que importantes determinantes de los comportamientos de salud como los efectos positivos (como lo son la disminución de estrés, ansiedad, angustia, etc.) de comportamientos negativos (como lo es fumar) y la influencia social no están incluidos¹⁰, éste modelo no contempla la sustitución del comportamiento nocivo que contribuiría a mantener una conducta adecuada. Un estudio meta-analítico reciente¹⁰ indicó que el modelo de creencias de salud fue capaz de predecir solo un diez por ciento de inconsistencias de comportamiento y que los estudios incluidos fueron incapaces de apoyar conclusiones para validar el modelo.

La teoría de acción razonada asume que los comportamientos sociales más relevantes son debidos a decisiones tomadas conscientemente, pero omite el impacto de comportamientos pasados, comportamientos actuales e ignora el hecho de que no siempre los comportamientos son voluntarios. Sin embargo, estudios meta-analíticos encontraron resultados prometedores aunque no concluyentes de la efectividad de los componentes de esta teoría. De 13 estudios, 75% de las intervenciones llevaron a un cambio de comportamiento en la dirección deseada. Esta teoría asegura que comportamientos que el individuo controla bajo su propia voluntad pueden ser predichos por sus intenciones, pero podemos refutar esta ideología diciendo que la intención de llevar a cabo un comportamiento de salud no predice automáticamente que ese comportamiento se llevara a cabo, especialmente si se encuentran barreras en el camino^{iError! Marcador no definido.}

En el modelo transteórico, es imperativo que el individuo identifique y determine los agentes y las causas que lo pueden llevar al fracaso del intento de cambio de comportamiento, puesto que hacer un cambio no necesariamente garantiza que este puede ser mantenido. El problema aquí es que no siempre los individuos pueden conscientemente reconocer éstos factores, lo cual lo hace altamente vulnerable a recaer.

Estos modelos y teorías junto con los programas de salud que las han usado han aportado infinidad de ideas y han enriquecido el entendimiento al difícil tema de la conducta humana y la influencia del medio ambiente en ella. De la misma manera han resaltado el importante papel que juega la continua creación de políticas para programas que buscan el mejoramiento de la salud. Todo esto en conjunto ha ayudado a mejorar la calidad de vida de muchas comunidades e influido en las decisiones que estas toman por su propio beneficio.

Todos los programas basados en el mejoramiento de la salud bucal que se han experimentado en diferentes países alrededor del mundo han sido investigados, dirigidos, diseñados e implementados por adultos involucrados en la promoción la salud. Uno de los motivos de este trabajo es hacer resaltar este punto de inequidad en la participación de niños en programas que los afectan directamente a ellos, en donde su voz ha sido apagada y su participación reprimida, insinuando que esto es debido al limitado aporte que un niño puede dar a una investigación por su reducido lenguaje y poca habilidad de comunicación; por esto, con este trabajo, también se quiere proponer el desarrollo de programas para el mejoramiento de la salud bucal infantil, donde la voz, las experiencias, la participación y sobretodo la integración del niño son aspectos indispensables en cada una de las etapas de diseño del proyecto.

PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

Si observamos las estadísticas, en los últimos 30 años el índice CPO ha disminuido en la mayoría de los países desarrollados, sin embargo, cabe señalar que la población infantil sigue siendo la más afectada y desafortunadamente la menos atendida. Estudios hechos por la OMS revelaron que la caries dental sigue siendo un problema constante en la mayoría de los países desarrollados afectando del 60 al 90% de los niños en edad escolar¹. A pesar de ser prevenible, es la enfermedad crónica más común en los niños. Según la OMS, el CPOD promedio en niños de 12 años es de 4.1 en países en desarrollo y 3.3 en niños que viven en países industrializados², cuando 20 años antes se reportó que el CPOD de la mayoría de países en desarrollo era menos de 1². La caries severa en niños y adultos que viven en países subdesarrollados raramente es tratada y generalmente los dientes son extraídos para aliviar el dolor. Es importante destacar, que las enfermedades bucales no solo afectan funciones fisiológicas de la cavidad bucal y el organismo, sino que también disminuyen la calidad de vida, el autoestima y por lo tanto, la confianza de socializar^{Error!}

Marcador no definido.

La caries rampante a temprana edad tiene un impacto en la salud bucal del individuo por el resto de su vida. Los riesgos de que el niño tenga que acudir a tratamientos de emergencia para aliviar el dolor son altos y esto conlleva un precio socio-psicológico³. Estudios también han demostrado que este tipo de caries es un factor que contribuye al desarrollo inadecuado del niño sin que éste tenga algún otro problema médico, donde el cuerpo se ve afectado, específicamente su peso y su estatura⁴. Se ha demostrado que las enfermedades bucales afectan la asistencia a la escuela y esto tiende a ocurrir en niños de un nivel socio-económico desfavorable, lo que se traduce a tiempo perdido y una carga para la familia en general y con esto la inequidad entre las poblaciones se va aumentando.

Como muchas otras enfermedades crónicas las enfermedades bucales están relacionadas con estilos de vida nocivos, higiene personal y una dieta alta en azúcar, lo que puede significar problemas de obesidad.

Todos estos problemas pueden en algún momento ser prevenidos, utilizando estrategias de promoción para la salud, desafortunadamente, la formación odontológica, sigue prevaleciendo una práctica restaurativa más que preventivo, sobre todo en el ámbito infantil, en donde las prácticas adquiridas, determinan muchas veces la condición de salud que prevalecerá en edad adulta.

Se sabe que el porcentaje de la planta docente de la Facultad de Odontología que tiene práctica clínica es considerablemente alto, por lo tanto es importante conocer las opiniones de éstos hacia programas para la promoción de la salud en la población en general y en especial la infantil ya que podría reflejar la práctica que tienen de los mismos.

Así, surge la siguiente pregunta de investigación:

¿Cuáles son las opiniones y actitudes de los profesores(as) de la Facultad de Odontología sobre algunos programas de Promoción para la Salud basados en comportamientos?

JUSTIFICACIÓN

La promoción para la salud sigue siendo una de las herramientas más potentes de las que se puede hacer uso para contrarrestar los problemas de salud, ya que al ejercerla se integra una filosofía preventiva que se traduce en un menor desgaste económico, físico y mental como el que significa vivir una enfermedad hasta etapas avanzadas.

Cabe señalar que la mayoría de los modelos de promoción para la salud propuestos, no han tomado en cuenta la participación de ciertos sectores de la población como es el caso del sector infantil. Esto cobra importancia, ya que el aprendizaje adquirido en esta etapa de la vida es relevante y definitivo para las prácticas de salud que se llevarán a cabo en la edad adulta. Si escuchamos al niño, lo tomamos en cuenta y lo protegemos desde temprana edad, incrementamos su autoestima, lo cual juega un papel primordial en su desarrollo y su habilidad para socializar. Estos serán individuos que se sienten valorados, apreciados y sobretodo aceptados, componentes indispensables para prosperar.

La realización del presente proyecto permitirá conocer las opiniones y actitudes hacia la promoción de la salud manejada por odontólogos en una institución de enseñanza, y con base a los resultados obtenidos, permitirá la utilización de nuevas estrategias que servirán para integrar nuevos enfoques de prevención para la salud desde la perspectiva particular de cada grupo de edad, sobre todo en el caso de la participación activa de los niños, al ejercer la prevención desde una aproximación diferente, en la cual no se planifique un programa con una visión, metodología e incluso lenguaje adulto, sino adaptada a la problemática del mundo infantil.

OBJETIVOS

OBJETIVO GENERAL

Identificar las opiniones de los profesores(as) de la Facultad de Odontología acerca de algunos modelos basados en creencias de salud en general y en donde el niño es el enfoque principal.

OBJETIVOS ESPECÍFICOS

- Identificar si existe diferencia en las opiniones respecto a algunos modelos para la promoción de la salud entre odontólogos con posgrado y odontólogos de práctica general dentro de los profesores(as) de la Facultad de Odontología.
- identificar las opiniones de los profesores(as) de odontopediatría y salud pública de la Facultad de Odontología con respecto a la promoción de la salud infantil.
- Identificar si existe alguna diferencia de sexo en cuanto a las opiniones respecto a algunos modelos para la promoción de la salud entre profesores(as) de la Facultad de Odontología.

METODOLOGÍA

TIPO DE ESTUDIO

- Transversal

UNIVERSO DE ESTUDIO

680 profesores(as) de la Facultad de Odontología de la UNAM, durante el año 2008.

TAMAÑO Y TIPO DE MUESTRA

Se obtuvo un tipo de muestreo no probabilístico por conveniencia de elementos, y se encuestó a la totalidad de la muestra.

CRITERIOS DE SELECCIÓN

Criterios de inclusión:

- Todos los profesores(as) cirujanos dentistas que se encuentren inscritos en la planta docente de la Facultad de Odontología de la UNAM durante el periodo 2008.

Criterios de exclusión:

- Profesores(as) que no deseen participar en el estudio.

VARIABLES

Grado máximo de estudios: Realización de estudios de posgrado enfocados a una rama odontológica acerca de la cual se poseen conocimientos y habilidades muy específicas. La información se obtuvo en forma directa a través de interrogatorio, registrándose como: Periodoncia, Ortodoncia, Salud Pública, Endodoncia, Odontopediatría, Prótesis, Cirugía, Patología Bucal, Maestría, Doctorado y Otra.

Edad: Tiempo en años transcurrido desde el nacimiento hasta la fecha actual. La información se obtuvo en forma directa a través de interrogatorio, registrándose de acuerdo a lo reportado por el entrevistado en años.

Sexo: Diferencia física y constitutiva del hombre y de la mujer. La información se obtuvo de manera directa, registrándose en el cuestionario como: Masculino o Femenino.

Práctica clínica: Realización cotidiana de actividades en el consultorio dental dirigidas al mejoramiento de la salud bucal del paciente. La información se obtuvo directamente a través de interrogatorio registrándose como: Sí o No.

Prevención de caries y enfermedad periodontal: Es la opinión de acuerdo a si los programas de prevención pueden ser efectivos contra la caries y la enfermedad periodontal. La información se obtuvo de manera directa al responder la pregunta ¿Piensa que la caries y la enfermedad periodontal pueden ser prevenidas a través de programas de promoción para la salud? Y será registrada como: Si ó No.

A partir de los siguientes indicadores, las respuestas se estructuraron para ser contestadas con un orden de jerarquía de acuerdo a la importancia, donde la más alta es 1 y la más baja 4.

Medios de comunicación: Es la opinión respecto al medio de comunicación adecuado para llevar a cabo promoción para la salud. La información se obtuvo de manera directa al responder la pregunta: ¿cuál es el mejor medio para impulsar un programa de prevención? Y será registrada como: **a)** Radio y Televisión **b)** Centros comunitarios **c)** Escuelas **d)** Consultorios dentales.

Responsable de prevención: Es la opinión respecto a la persona o autoridad que debe hacerse cargo de los programas de prevención. La

información se obtuvo de forma directa con la pregunta: “En el ámbito de la Odontología ¿quién debe hacerse cargo de la prevención?” y será registrada como: **a)** Dentista **b)** Asistente **c)** Paciente **d)** Gobierno.

Dirección del contenido: Es la opinión respecto a la persona a la cual deben ser dirigidos los contenidos componentes de los programas de educación infantil. La información se obtuvo en forma directa a través de la pregunta: “¿en un proyecto de promoción para la salud infantil, a quién debe estar dirigido el contenido de la información para que se genere un cambio?” y será registrada como: **a)** Dentista **b)** Padres **c)** Niños **d)** Asistente.

Desarrollo de un programa: Es la opinión respecto al factor más importante durante la planificación de programas preventivos. La información se obtuvo de manera directa al responder la pregunta: “En su opinión ¿qué es lo más importante que debe tenerse en cuenta para desarrollar un programa de prevención? Y las respuestas se registrarán como: **a)** El conocimiento que el paciente tiene acerca de las enfermedades y cómo prevenirlas **b)** La intención/motivación que el paciente tiene de cambiar su comportamiento nocivo **c)** Usar un programa donde el cambio se proponga por etapas y donde el ritmo sea definido por el mismo paciente **d)** Hacer al individuo participe del programa en toda su extensión, desde la planeación, implementación hasta su evaluación, independientemente de su edad y estado cognitivo.

Aplicación del programa: Es la opinión de acuerdo al factor más importante a tomar en cuenta durante la implementación de un programa de prevención. La información se obtuvo de manera directa respondiendo a la pregunta: “En la aplicación de un programa de prevención, ¿cuál es el aspecto al que se le debe dar más importancia?” Las respuestas serán registradas como: **a)** Medio ambiente **b)** Las creencias del individuo sobre salud y enfermedad **c)** La individualización del programa **d)** Comportamientos, actitudes / conocimientos de salud del individuo.

Elaboración de programas: Es la opinión respecto a la importancia de desarrollar programas en salud bucal. La información se obtuvo directamente a través de la pregunta: “¿por qué es importante elaborar programas de salud bucal?” Las respuestas serán registradas como:

a) Por la economía del país **b)** Proporcionar acceso a información para la salud **c)** Para mejorar la calidad de vida **d)** Para crear más conciencia hacia la salud en la población.

RECOLECCIÓN DE LA INFORMACIÓN

Previa autorización y aprobación del protocolo de investigación, se aplicó un cuestionario (*ANEXO 1*) de forma directa a los profesores(as) cirujanos dentistas de la Facultad de Odontología. Este cuestionario fue de auto-aplicación, con la finalidad de recabar la mayor información posible.

PRUEBA PILOTO DEL INSTRUMENTO

Previo a la recolección de datos, se llevó a cabo una prueba piloto del cuestionario con la finalidad de probar el instrumento, así como el tiempo de respuesta.

MÉTODOS DE PROCESAMIENTO

Los datos obtenidos fueron vaciados a una base de datos Dbase-5.0 y posteriormente analizados en SPSS 13.

ANÁLISIS DE LA INFORMACIÓN

Se realizó un análisis descriptivo para cada una de las variables como son edad, sexo, especialidad, práctica clínica, así como de las opiniones que tienen respecto a algunos modelos de comportamiento que se han utilizado para la promoción de la salud, medios de comunicación para promover la prevención e importancia de los programas de salud bucal.

Con la finalidad de establecer la comparación entre profesores(as) respecto a modelos utilizados en la promoción de la salud por edad, sexo, práctica clínica, se realizó una prueba de χ^2 .

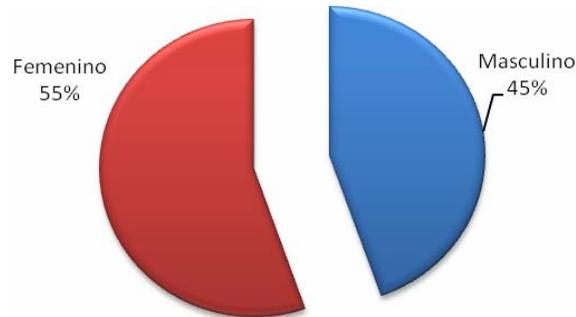
CONSIDERACIONES ÉTICAS

En razón a que se realizó un estudio de tipo descriptivo recabando la información a través de un cuestionario, a cada profesor(a) se le informó de los objetivos de manera verbal invitándolo a participar en el estudio de manera confidencial y de acuerdo al artículo 23 de la ley general de la salud¹ se garantizó el bienestar de los sujetos involucrados, teniendo como prioridad los criterios de respeto a la dignidad.

RESULTADOS

Se entrevistó un total de 85 profesores, de los cuales 55.4% corresponden al sexo femenino, mientras 44.6% al masculino. Se observó diferencia estadística significativa por sexo ($X^2=8.882$, $p=.031$). Tabla 1.

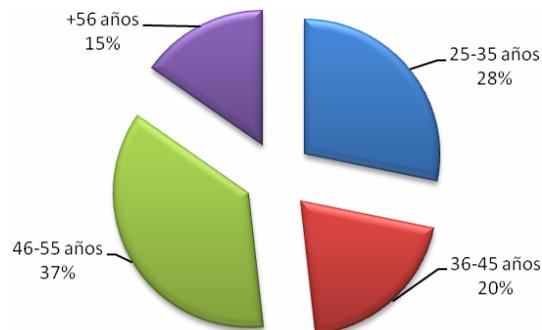
Tabla 1. Distribución de la población por sexo.



$X^2=8.882$ $p=.031$
Fuente: directa.

Respecto a las edades de los entrevistados, el 36.5% se encuentra en el intervalo de 46 a 55 años de edad, seguidos del 28.2% en el intervalo de 25 a 35 años. Se observó diferencia estadística significativa por grupos de edad ($X^2=17,035$, $p<.001$). Tabla 2.

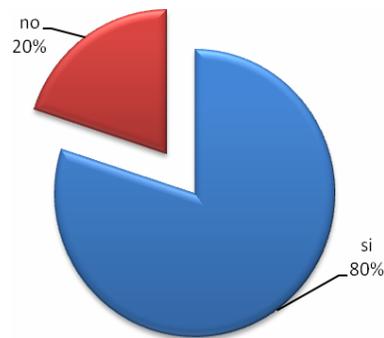
Tabla 2. Distribución de la población de acuerdo a los intervalos de edad.



$X^2=17,035$, $p<.001$
Fuente: directa.

En cuanto a la distribución por especialidad, se observó que 80% de los entrevistados cuentan con algún estudio de especialidad, mientras el 20% no. Se observó diferencia estadística significativa de acuerdo a las personas que reportaron tener estudios de especialidad. ($X^2=30.600$ $p<.001$). Tabla 3.

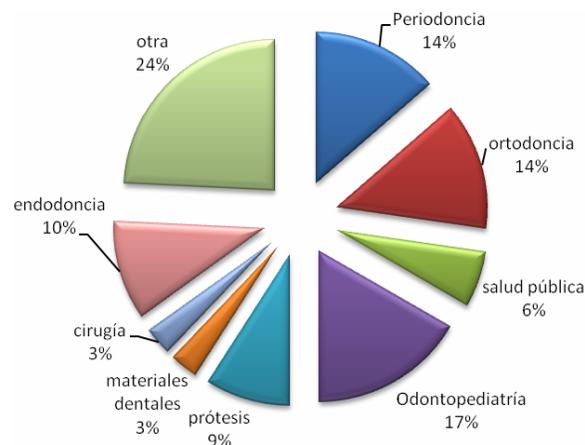
Tabla 3. Distribución de la población por especialidad



$X^2=30.600$ $p<.001$
Fuente: directa.

En lo que respecta al tipo de especialidad que tienen los entrevistados se observó que 16.7% reportan haber cursado estudios de Odontopediatría, mientras que 13.6% de Periodoncia y Ortodoncia respectivamente. Se observó diferencia estadística significativa de acuerdo al tipo de especialidad. ($X^2=37.776$ $p<.001$). Tabla 4.

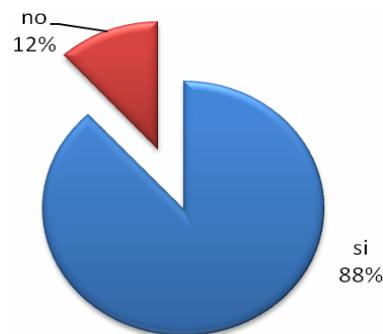
Tabla 4. Distribución de la población por tipo de Especialidad



$X^2=37.776$ $p<.001$
Fuente: directa.

De acuerdo a lo que respondió la población entrevistada respecto a su práctica clínica se puede observar que 11.8 % no tiene este tipo de práctica, mientras que 88.2% si. Se observó diferencia estadística significativa de acuerdo a la realización de actividades clínicas ($X^2=49.706$ $p<.001$). Tabla 5.

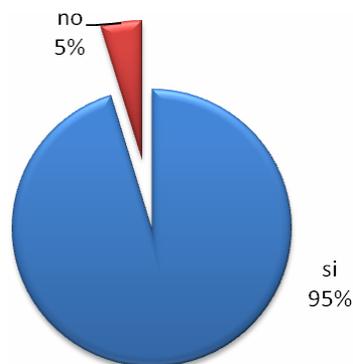
Tabla 5. Distribución de la población por Práctica Clínica



$X^2=49.706$ $p<.001$
Fuente: directa.

En lo referente a la opinión de los entrevistados respecto a que si la caries y la enfermedad periodontal pueden ser prevenidas, el 95.3% respondió afirmativamente, mientras que el 4.7% no. Se observó diferencia, estadística significativa de acuerdo a la opinión sobre la prevención de caries y enfermedad periodontal ($X^2=69.753$ $p<.001$). Tabla 6

Tabla 6. Distribución de acuerdo a la opinión sobre prevención de la caries y las enfermedades periodontales.



$X^2=69.753$ $p<.001$
Fuente: directa.

Respecto a la opinión de los entrevistados, de cuál sería el lugar o medio ideal para impulsar un programa de salud preventivo, el 29.5% reportó que la combinación de jerarquía establecida de acuerdo a la importancia debería ser en primer lugar la radio y televisión, seguido de las escuelas y los centros comunitarios y por último de los consultorios dentales, la segunda combinación de jerarquía es de un 18% que opinó debería ser primero las escuelas, seguido de radio y televisión, los consultorios dentales y por último los centros comunitarios. Se observó diferencia estadística significativa de acuerdo al orden de importancia dado al medio de promoción ($X^2=14,623$ $p=.023$). Tabla 7.

Tabla 7. Distribución Mejor lugar/medio para impulsar un programa de prevención de la salud

<i>Mejor lugar /medio para impulsar un programa de prevención</i>	<i>N</i>	<i>%</i>
Radio-escuela-centros-consultorio	18	29,5
Escuelas-radio-centros-consultorio	6	9,8
Escuelas-centros-consultorio-radio	5	8,2
Radio-escuelas-consultorio-centros.	8	13,1
Escuelas-consultorio-centros-radio	5	8,2
Escuelas-centros-radio-consultorio	8	13,1
Escuelas-radio-consultorio-centros	11	18,0
Total	61	100,0

$X^2=14,623$ $p=.023$
Fuente: directa.

En cuanto a los criterios mediante los cuales los entrevistados escogieron una determinada combinación jerárquica de acuerdo a quién debería de hacerse cargo de la prevención, el criterio elegido con un 17.6% fue para Dentista-Gobierno-Paciente-Asistente, mientras que la combinación menos popular con un 2.9% fue Paciente-Gobierno-Dentista-Asistente. Se observó

diferencia estadística significativa entre los diferentes criterios por parte de los profesores entrevistados de acuerdo a las personas responsables de ejercer la prevención de la salud bucal ($X^2= 34.735$ $p<.001$). Tabla 8.

Tabla 8. Distribución de la opinión de los entrevistados de acuerdo a quién debería de hacerse cargo de la prevención

<i>Quién debe hacerse cargo de la prevención</i>	N	%
Dentista-gobierno-asistente-paciente	10	14,7
Dentista-gobierno-paciente-asistente	12	17,6
Gobierno-paciente-dentista-asistente	5	7,4
Gobierno-dentista-paciente-asistente	8	11,8
Paciente-gobierno-dentista-asistente	2	2,9
Dentista-paciente-gobierno-asistente	6	8,8
Otros	25	36,8
Total	68	100,0

$X^2= 34.735$ $p<.001$
Fuente: directa.

Respecto a las personas responsables de la promoción para la salud, de los profesores entrevistados el 29% opinó que el nivel de jerarquía ideal por importancia para promover un programa de salud infantil deberían ser primero los padres, después los niños, seguidos del dentista y su asistente, mientras que el 21.7% de profesores sugirió que los principales responsables son los padres, después los dentistas, y por último los niños y el asistente dental. Se observó diferencia estadística significativa entre las opiniones de los profesores sobre el nivel de jerarquía adecuado para que un programa de promoción infantil sea exitoso. ($X^2= 19.565$ $p= .003$). Tabla 9.

Tabla 9. Distribución de la población en relación a quien deben ser dirigidos los programas de promoción para la salud infantil

<i>A quien debe estar dirigido los programas para la salud Infantil</i>	N	%
Padres-niños-dentista-asistente	20	29,0
Padres-niños-asistente-dentista	10	14,5
Padres-dentista-niño-asistente	15	21,7
Niños-padres-dentista-asistente	7	10,1
Dentista-padres-niño-asistente	5	7,2
Padres-dentista-asistente-niños	5	7,2
Otros	7	10,1
Total	69	100,0

**$X^2 = 19.565$ $p = .003$
Fuente: directa.**

Respecto al factor más importante que debe tenerse en cuenta al desarrollar un programa de prevención, 13.9% de los entrevistados opinó que la intención y motivación que el paciente tiene de cambiar su comportamiento nocivo es lo más relevante, seguido por el uso de un programa donde el cambio se proponga por etapas y donde el ritmo sea definido por el mismo paciente, posteriormente resaltan el conocimiento que maneja el paciente acerca de las enfermedades y cómo prevenirlas y por último, la importancia de hacer al individuo participe del programa en toda su extensión, desde la planeación, implementación hasta su evaluación, independientemente de su edad y estado cognitivo. Por otro lado, el 9.7% opinó que el orden jerárquico de importancia debería ser la intención y motivación que el paciente tiene de cambiar su comportamiento nocivo, seguido del conocimiento que el paciente tiene acerca de las enfermedades y cómo prevenirlas, en tercer lugar, el uso de un programa donde el cambio se proponga por etapas y donde el ritmo sea definido por el mismo paciente y por último, hacer al individuo participe

del programa en toda su extensión, desde la planeación, implementación hasta su evaluación, independientemente de su edad y estado cognitivo. Se observó diferencia estadística entre los diferentes criterios de los profesores de acuerdo al factor más importante que debe ser tomado en cuenta al desarrollar un programa de promoción para la salud ($X^2= 39.000$ $p < .001$).
Tabla 10.

Tabla 10. Distribución de la población de acuerdo al factor más importante que debe tenerse en cuenta al desarrollar un programa de prevención

<i>Factor importante para el desarrollo de programas de prevención</i>	N	%
Intención-conocimiento-cambio-paciente	7	9,7
Conocimiento-paciente-cambio-intención	5	6,9
Conocimiento-intención-paciente-cambio	5	6,9
Paciente-conocimiento-cambio-intención	5	6,9
Conocimiento-intención-cambio-paciente	6	8,3
Intención-cambio-conocimiento-paciente	10	13,9
Cambio-intención-conocimiento-paciente	4	5,6
Paciente-conocimiento-intención-cambio	6	8,3
Otros	24	33,3
Total	72	100,0

$X^2= 39.000$ $p < .001$
Fuente: directa.

De acuerdo a la opinión de los entrevistados acerca de cuál es el aspecto más importante que debe tomarse en cuenta en un programa de prevención, el 13.9% contestó que el comportamiento, las actitudes y los conocimientos de salud que el individuo tiene, seguido por las creencias del individuo sobre la salud y enfermedad, en tercer lugar la individualización del programa y por último el medio. Por otra parte, el 12.5% opinó que en primer lugar de

importancia se encuentra el comportamiento, actitudes y conocimientos, seguido de las creencias, el ambiente y en última instancia la individualización de cada programa. Se observó diferencia estadística significativa respecto al aspecto más importante al planear un programa de prevención ($X^2= 35.222$ $p<.001$). Tabla 11.

Tabla 11. Aspecto de importancia en un programa de prevención

Aspecto importante en prevención	N	%
Comportamiento-Creencia-individualización-Ambiente	10	13.9
Creencia-Comportamiento-Individualización-Ambiente	4	5.6
Creencia-Comportamiento-Ambiente-Individualización	5	6.9
Comportamiento-Creencia-Ambiente-Individualización	9	12.5
Comportamiento-Individualización-Ambiente-Creencia	4	5.6
Comportamiento-Ambiente-Creencia-Individualización	5	6.9
Ambiente-Creencia-Individualización-Comportamiento	4	5.6
Individualización-Comportamiento-Creencia-Ambiente	4	5.6
Individualización-Comportamiento-Ambiente-Creencia	6	8.3
Otros	21	29.3
Total	72	100

$X^2= 35.222$ $p<.001$
Fuente: directa.

En relación a la opinión de los profesores entrevistados del porque es importante elaborar programas para la promoción de la salud, el 27.8% pensó que el orden de importancia debería de ser en primer lugar para mejorar la calidad de vida de las personas, en segundo lugar para crear más conciencia hacia la salud en la población, en tercer lugar para proporcionar un acceso óptimo a la información importante para la salud y por último, para mejorar la economía del país, mientras que 16.7% opinó que el orden más adecuado es para crear más conciencia hacia la salud en la población, seguido del beneficio en la calidad de vida, la capacidad de proporcionar acceso a

información para la salud y la optimización en la economía del país. Si hubo diferencia estadística significativa entre los entrevistados de acuerdo a la importancia de la elaboración de programas de promoción para la salud ($X^2=20.500$ $p < .001$). Tabla 12.

Tabla 12. Distribución de los entrevistados de acuerdo a la opinión de porqué es importante la elaboración de programas para la promoción de la salud.

<i>Importancia de la elaboración de programas para la promoción de la salud</i>	N	%
Mejorar-crear-acceso-economía	20	27,8
Crear-mejorar-economía-acceso	5	6,9
Crear-mejorar-acceso-economía	12	16,7
Mejorar-acceso-crear-economía	6	8,3
Crear-acceso-mejorar-economía	8	11,1
Otros	21	29,2
Total	72	100,0

$X^2=20.500$ $p < .001$
Fuente: directa.

Respecto a la opinión de los Odontopediatras y especialistas en Salud Pública de acuerdo a cuál era el personaje principal al que se debe de dirigir un programa de salud infantil, el 41.7% pensó que los padres deberían ser los principales, en segundo lugar el dentista, seguido por los niños y finalmente el asistente. El 33.3% opinó que los niños deberían ocupar el primer lugar, seguido por sus padres, dentistas y finalmente el asistente. No se observó diferencia estadística significativa por opinión sobre la persona a la que se le debe dirigir un programa ($X^2=6.333$ $p=.176$). Tabla13.

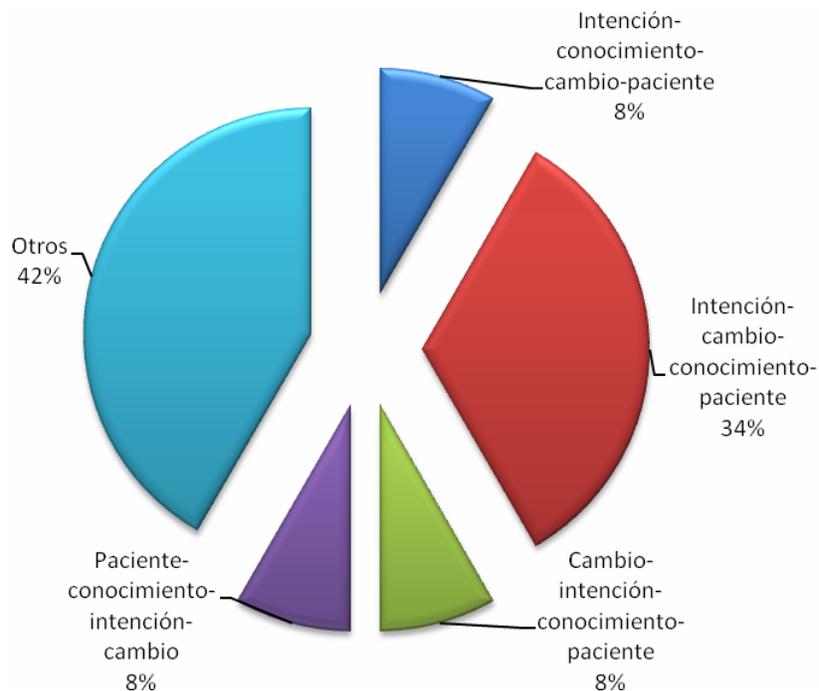
Tabla 13. Opinión de los odontopediatras y salubristas de acuerdo a quién debe estar dirigida la información en un programa de salud infantil.

<i>A quién debe estar dirigido</i>	<i>N</i>	<i>%</i>
Padres-niños-dentista-asistente	2	16.7
Padres-niños-asistente-dentista	1	8.3
Padres-dentista-niño-asistente	5	41.7
Niños-padres-dentista-asistente	2	33.3
Total	12	100,0

$X^2=3.333$ $p=.343$
Fuente: directa.

De acuerdo a la opinión de los profesores de odontopediatría y especialistas en Salud Pública entrevistados acerca de qué es lo más importante considerar cuando se desarrolla un programa de prevención, el 33.3% pensó que la intención y motivación que el paciente tiene de cambiar su comportamiento nocivo es lo más importante, seguido por la utilización de un programa donde el cambio se proponga por etapas y donde el ritmo sea definido por el mismo paciente, el conocimiento que el paciente tiene acerca de las enfermedades y cómo prevenirlas ocupó un tercer lugar y finalmente la participación del paciente en todo el proceso de elaboración del programa. No se observó diferencia estadística significativa de acuerdo a la opinión de los odontopediatras y salubristas sobre el aspecto más importante de un programa de prevención ($X^2=6.333$ $p=.176$). Tabla 14.

Tabla 14. Opinión de los Odontopediatras de acuerdo a lo más importante que debe tenerse en cuenta para desarrollar un programa de prevención



$X^2=6.333$ $p=.176$
Fuente: directa.

En lo referente a la opinión de los dentistas entrevistados sobre quien tiene la responsabilidad sobre la prevención por sexo, se observó que 25.9% de las mujeres considera que principalmente los dentistas tienen esta responsabilidad, seguido de el gobierno, los pacientes y por último los asistentes dentales, mientras que en los hombres este porcentaje correspondió al 30.8%. No se observó diferencia estadística significativa en cuanto a la opinión respecto a quien debe hacerse cargo de la prevención por sexo ($X^2= 2.030$ $p=.845$). Tabla 15.

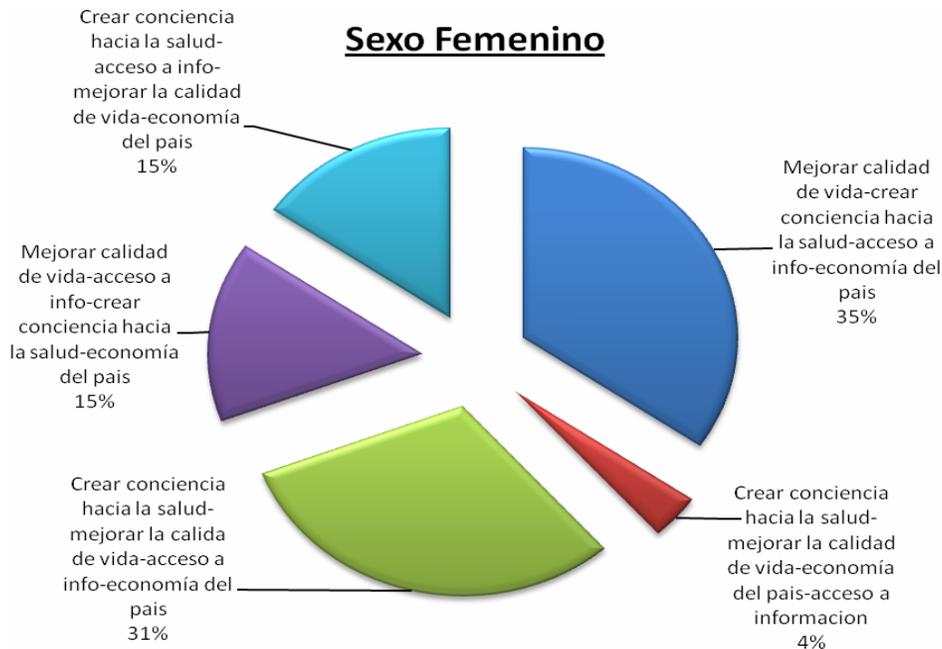
Tabla 15. Opinión sobre la persona que debe hacerse cargo de la prevención por sexo.

<i>Responsabilidad</i>	<i>Femenino</i>		<i>Masculino</i>		<i>Total</i>	
	N	%	N	%	N	%
Dentista-gobierno-asistente-paciente	5	18.5	4	30.8	9	22.5
Dentista-gobierno-paciente-asistente	7	25.9	4	30.8	11	27.5
Gobierno-paciente-dentista-asistente	4	14.8	1	7.7	5	12.5
Gobierno-dentista-paciente-asistente	5	18.5	2	15.4	7	17.5
Paciente-gobierno-dentista-asistente	1	3.7	1	7.7	2	5.0
Dentista-paciente-gobierno-asistente	5	18.5	1	7.7	6	15.0
Total	27	100	13	100	40	100

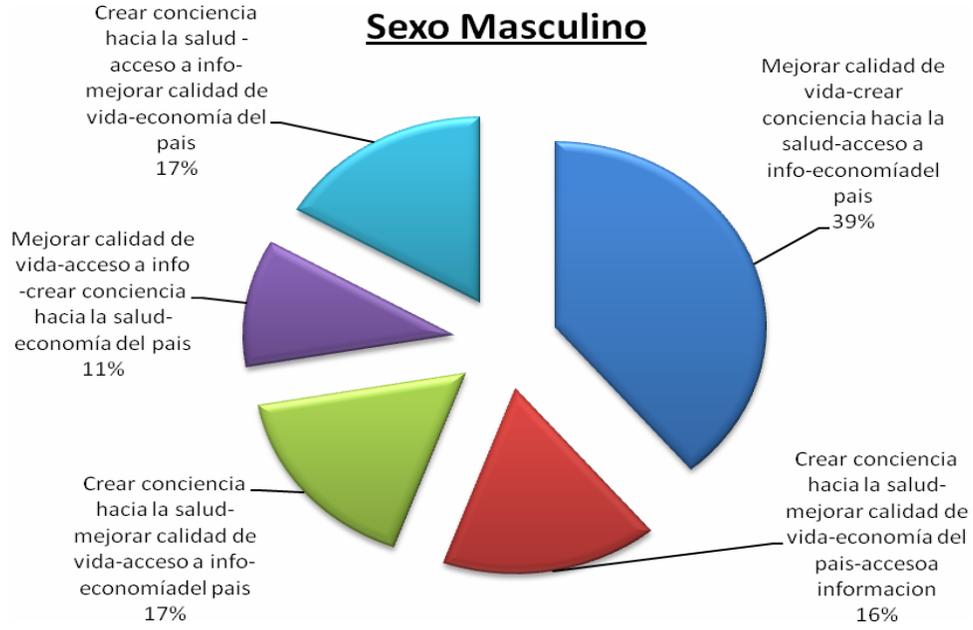
X²= 2.030 p=.845
Fuente: directa

En cuanto a la opinión expresada respecto a la importancia de llevar a cabo programas de salud, el 34.6% de las mujeres considera que es relevante para mejorar la calidad de vida en primer lugar, seguido de la creación de una mejor conciencia hacia la salud en la población, optimizar el acceso a la información y la economía, mientras que en los hombres este porcentaje correspondió al 38.9%. No se observó diferencia estadística significativa respecto a la opinión sobre la importancia de realizar programas de salud bucal ($\chi^2= 2.976$ $p=.615$). Tabla 16

Tabla 16. Opinión sobre la importancia de elaborar programas de salud bucal por sexo.



Sexo Masculino



X² = 2.976 p = .615
Fuente: directa

DISCUSIÓN

El presente estudio se llevó a cabo en una muestra de la población de profesores de la Facultad de Odontología, por lo que los resultados obtenidos no pueden ser inferidos a la población general de odontólogos. Además, cabe resaltar que la mayoría de las personas entrevistadas cuentan con algún estudio de especialidad, por lo que fue imposible establecer una comparación con las opiniones de cirujanos dentistas generales. Sin embargo, pudo observarse que las opiniones vertidas, fueron extremadamente dispersas, lo cual denota el desconocimiento de los modelos de prevención que sirven como guías y que hubieran jugado un papel importante como puntos de unificación para las opiniones.

Uno de los aspectos que llama la atención es que los resultados observados dan idea de que los profesionales de la salud, se siguen colocando como los principales responsables de llevar a cabo las medidas preventivas pertinentes, desplazando a los pacientes, ya sea por una subestimación de sus prácticas para tomar control sobre su salud, o bien por la tendencia básicamente clínica, en donde existe una mayor identificación con los tratamientos restauradores, y no priorizando los tratamientos de tipo preventivo. Finalmente, esto se traduce en un bajo nivel de auto-eficacia en el paciente, el cual no es motivado lo suficiente para tomar la principal responsabilidad sobre su salud, pero que también revela la conservación de modelos paternalistas de relación entre odontólogos y pacientes. Cabe señalar que ésta tendencia está cambiando a nivel mundial debido a la globalización y facilidad de adquisición de información, lo que provoca que las personas cada día estén más informadas e involucradas en la toma de decisiones respecto a su salud.

Actualmente existe la corriente en promoción para la salud, de centrarse en promover entornos saludables, lo cual no nulifica la participación del paciente, pero dirige nuestras miradas como profesionistas a aspectos a los que hasta este momento no se les daba la suficiente atención. Esto concuerda con la

idea de que la prevención no se debe dar únicamente en el ámbito del consultorio, donde el acceso de la población es muy reducido y se limita a áreas con una posición socio-económica favorable que aunque con necesidades importantes, no se comparan con las encontradas en áreas en desventaja social. La prevención tiene que traspasar al entorno del individuo, propiciando la participación incluso de la comunidad en su conjunto, con la integración de políticas educativas y de salud, como por ejemplo en escuelas e instituciones, lo que puede verse también beneficiado a través de la participación de varias empresas privadas como compañías farmacéuticas y de producción de alimentos.

Desafortunadamente, en México, al igual que en muchos países de Latinoamérica, no existe una figura específica entrenada para llevar a cabo actividades de promoción y educación para la salud como en otros países europeos, donde ya existe el promotor de salud de manera establecida, cuya labor consiste en dedicarse al cien por ciento a este tipo de actividades propiciando una vinculación con otras instituciones como escuelas, hospitales, albergues y asilos para promover la idea de entornos saludables a partir de las necesidades de la comunidad y adaptándose a las condiciones individuales.

Entre los resultados se destacó que el gobierno y los profesionales de la salud siguen siendo considerados como los responsables de llevar a cabo las actividades en pro de la salud.

No obstante, el porcentaje más alto opinó de manera relevante la necesidad refirió la necesidad de centrar los programas en la motivación e intención individual de los participantes^{Error! Marcador no definido.}, lo cual resulta contradictorio con la percepción antes mencionada en cuanto a que la principal responsabilidad del mantenimiento de la salud, recae en el gobierno y profesionistas. Esta circunstancia resulta preocupante debido a que no es posible seguir manteniendo esta discrepancia de ideas, ya que dadas las implicaciones en la ineficiencia de los recursos invertidos y en las estrategias impulsadas a través de los programas de promoción y educación para la

salud, en donde resulta fundamental potencializar la motivación individual en concordancia con el entorno social.

También se opinó ampliamente que los programas de salud infantil, deben ser dirigidos especialmente a los padres, asimismo, la mayoría dejó como el personaje menos importante al niño, coincidiendo con estudios que revisaron la literatura generosamente en este tema^{Error! Marcador no definido.} y que concluyeron que la presencia del niño y su papel en la comunicación con los adultos en medios médicos ha sido ampliamente ignorada.

Por último, el hecho de que no existe un modelo de promoción para la salud ideal, así como tampoco existe una sociedad ideal sobre la cual éste tendría que ser aplicado, todos los modelos tienen puntos importantes a considerar, los cuales podrían ser adaptados siempre y cuando se considere la heterogeneidad de la población y sus condiciones sociales e individuales.

CONCLUSIONES

De los resultados obtenidos en el presente trabajo se concluyó que los medios de comunicación como la radio y la televisión son la forma más recomendada para llevar a cabo la promoción para la salud, sin tomar en cuenta el impacto que el entorno tiene en el comportamiento humano (como sucede en las escuelas, centros comunitarios y consultorios dentales).

Ningún modelo determinado, ni ninguna estrategia o método específico para la promoción de la salud fue predominante en este estudio, lo que indica que la población entrevistada que aunque sólo es una muestra de los odontólogos que practican la docencia y la clínica en nuestro país, finalmente manifiestan la tendencia actual de los profesionistas en esta rama, no cuentan con un contexto definido hacia el método más indicado para llevar a cabo programas de promoción en la salud, lo cual se traduce en mensajes contradictorios hacia los pacientes y denota carencias en la continuidad de la información dada, circunstancia que puede propiciar en los individuos la pérdida de confianza en los profesionales y en los programas de la salud, con sus evidentes consecuencias en la adopción de prácticas y comportamientos perjudiciales para su salud.

Por esto, un punto fundamental que debe destacarse es la necesidad de seguir desarrollando, adaptando y difundiendo modelos que propicien un entorno facilitador para la participación del individuo pero específicamente la de los niños, dándoles más poder y formando en ellos la responsabilidad de hacerse cargo de su propia salud, y no desplazándola a sus padres, maestros o dentistas. En este sentido, es necesario señalar que la mayoría de los modelos que se llevan a cabo actualmente, desafortunadamente adoptan metodologías, lenguajes y contenidos dirigidos a personas adultas, ignorando las condiciones infantiles, traduciéndose en un fracaso cuando se aplica a éste sector de la población.

Este trabajo nos mostró una visión parcial respecto a la que práctica predominante de los odontólogos en donde los programas de promoción de la salud juegan un papel limitado en una población definida, si se quieren obtener resultados que produzcan efectos positivos y que éstos sean sustentables . Para apreciar un panorama más amplio, sería interesante llevar a cabo estudios que nos conlleven a conocer la percepción que tienen las autoridades gubernamentales responsables de la salud acerca de los programas para la promoción de ésta y hasta qué grado la economía del país se favorecería si adecuadas políticas y programas de salud se implementaran en busca de reducir el gasto anual que tiene el gobierno en los hospitales y las empresas, debido al repetido ausentismo causado por enfermedades bucodentales. Igualmente, sería importante conocer el impacto que tienen estos padecimientos en la vida del individuo debido al dolor, sufrimiento y la disminución de su funcionamiento que conduce a una decadencia en la calidad de vida, asimismo, identificar la percepción de los individuos sobre los métodos de prevención usados actualmente, llevando a cabo estudios de mercadeo social que indiquen lo que el individuo quiere ó necesita y cómo podríamos adaptar los programas existentes o crear nuevos que cumplan con el objetivo de disminuir la vasta inequidad social que actualmente nos afecta.

Cabe señalar que difícilmente se logrará un cambio importante en la salud de la población si los mismos profesionistas no tienen la formación debida para guiar a sus pacientes y así promulgar las buenas prácticas en ellos en donde es fundamental inculcarles la responsabilidad de su propia salud y esto junto con la instauración a nivel nacional de entornos saludables por medio de políticas de salud apoyar las prácticas positivas de los individuos en función de la situación socioeconómica y cultural en la que viven.



ANEXO 1



UNIVERSIDAD NACIONAL AUTONOMA DE MEXICO

FACULTAD DE ODONTOLOGIA

Este es un cuestionario anónimo que tiene como objetivo evaluar la opinión de profesores de la facultad de Odontología sobre aspectos que respaldan algunos modelos que han sido utilizados para la promoción de la salud, por favor lea detenidamente y responda cada una de las preguntas. Gracias.

1. ¿Cuál es su edad?

25-35 36-45 46-55 +56

2. Sexo

F M

3. ¿Tiene alguna especialidad/maestría/doctorado?

Si No

Periodoncia Ortodoncia Salud Pública Odontopediatría

Prótesis Materiales Dentales Cirugía Endodoncia Otra

4. ¿Tiene práctica clínica?

Si No

5. ¿Piensa que la caries y la enfermedad periodontal pueden ser prevenidas a través de programas de promoción para la salud?

Si No

Las preguntas restantes necesitan ser contestadas con un orden de jerarquía de acuerdo a la importancia que Ud le dé, de la más alta (1) a la más baja (4)

6. ¿Cuál es el mejor lugar/medio para impulsar un programa de prevención?

() Radio/Televisión

() Escuelas

() Centros comunitarios

() Consultorios Dentales

7. **En el ámbito de la Odontología, ¿quién debe hacerse cargo de la prevención?**

Dentista Asistente Paciente Gobierno

8. **¿En un proyecto de promoción de la salud infantil, a quién debe estar dirigido el contenido de la información para que se genere un cambio?**

Dentista Padres Niños Asistente

9. **En su opinión, ¿qué es lo más importante que debe tenerse en cuenta para desarrollar un programa de prevención?**

El conocimiento que el paciente tiene acerca de las enfermedades y cómo prevenirlas

La intención/motivación que el paciente tiene de cambiar su comportamiento nocivo

Usar un programa donde el cambio se proponga por etapas y donde el ritmo sea definido por el mismo paciente

Hacer al individuo participe del programa en toda su extensión, desde la planeación, implementación hasta su evaluación, independientemente de su edad y estado cognitivo

10. **En la aplicación de un programa de prevención, ¿cuál es el aspecto al que se le debe dar más importancia?**

Medio ambiente

Las creencias del individuo sobre salud y enfermedad

La individualización del programa

Comportamientos, actitudes y conocimientos de salud del individuo

11. **¿Por qué es importante elaborar programas de salud bucal?**

Por la economía del país

Proporcionar acceso a información para la salud

Para mejorar la calidad de vida

Para crear más conciencia hacia la salud en la población

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

¹ Petersen P. Bulletin of the World Health Organization. The global burden of oral diseases and risk to Oral Health. 2005.

¹ Matthews, D. The two way Relationship between diabetes and Periodontal disease. J Canadian Dent Assoc. 2002. **68**(3); 161-164

¹ WHO, Global Strategy on Diet, Physical Activity and Health. Available from:<http://www.who.int/dietphysicalactivity/publications/facts/obesity/en/>

¹. WHO. Infant and young child nutrition: quadrennial report .May 2006 Available from: http://www.who.int/gb/ebwha/pdf_files/WHA59/A59_13-en.pdf

¹ WHO European Ministerial Conference on Counteracting Obesity. 16 November 2006. Available from:
<http://www.euro.who.int/Document/E89567.pdf>

¹ Eberwine D. Globesity: The crisis of Growing Proportions. Perspectives in Health Magazine. The Magazine of the Pan American Health organization. Vol 7. Number 3, 2002

¹ Secretaria de Salud Pública Boletín de Práctica Médica Efectiva PME. Obesidad Infantil

¹ Instituto Nacional de Salud Pública. Encuesta Nacional de Salud y Nutrición México, D.F; 2006

¹Health Promotion Agency [homepage on the Internet] Health promotion theories and models Available from:
<http://www.healthpromotionagency.org.uk/Healthpromotion/Health/section5.htm>)

¹ Pine, C. Community Oral Health. Oxford: Bath Press; 1997

¹ Arrivillaga M, Salazar I, Correa D. Creencias sobre la Salud y su relación con las prácticas de riesgo o de protección en jóvenes universitarios. Colom Med; 2003 **34**;186-195

¹ Ajzen I. The theory of planned behaviour. Organizational Behavior and Human decision processes. 1991, **50**;179-211

¹ Cancer Prevention Research Center[homepage on the Internet]. Detailed Overview of the Transtheoretical Model. [Updated 1998] Available from:<http://www.uri.edu/research/cprc/TTM/detailedoverview.htm>

¹ Sherwood NE, Jeffery RW. The behavioral determinants of exercise: implications for physical activity interventions. Annu Rev Nutr. 2000;**20**:21–44.

¹ Marshall SJ, Biddle SJ. The transtheoretical model of behavior change: a meta-analysis of applications to physical activity and exercise. *Ann Behav Med.* 2001 **23**: 229–246.

¹ Baranowski T, Cullen KW, Nicklas T, Thompson D, Baranowski J. Are current health behavioral change models helpful in guiding prevention of weight gain efforts? *Obes Res.* 2003;**11** Suppl:23S–43S

¹ Hart, Roger. Children's Participation: from Tokenism to Citizenship. *Innocenti Essays.* No. 4. New York:UNICEF. 1992. Available from: www.unicef.org/evaluation/files/TechNote1_Ethics.pdf

¹Rajani, Rakesh. Promoting Strategic Adolescent Participation: a discussion paper for UNICEF. Unpublished mimeo. New York: UNICEF. 1999 (December). Available from: http://www.unicef.org/evaluation/files/TechNote1_Ethics.pdf

¹ Kasila K, Poskiparta M, Kettunen T, Pietila I. Oral Health Counselling in changing schoolchildren's oral hygiene habits: a qualitative study. *Com Den Oral Epide* 2006 **34**: 419-428

¹ Miles, G. Drawing together Hope: 'listening' to militarised children. *J Child Health Care* 2000; **4**:137

¹ Pridmore P, Bendelow G. Images of Health: exploring beliefs of children using the draw-and-write technique. *Health Edu J.* 1995: **54**:473-488

¹ Petersen P. Effect of a school-based oral health education programme in Wuhan City, Peoples Republic of China. *Int Dent J.* 2004; **54**: 33-41

¹ Buischi Y. Effect of two preventive programs on oral health knowledge and habits among Brazilian schoolchildren. *Community Dent Oral Epidemiol.* 1994 **22**:41-46

¹ Vanobbergen J, Declerck D, Mwalili S, Martens L. The effectiveness of a 6-year old oral health education programme for primary schoolchildren. *Community Dent Oral Epidemiol.* 2004; **32**: 173-82

¹ Rong WS, Bian JT, Wang JD. Effectiveness of an oral health education and caries prevention programme in kindergartens in China. *Community Dent Oral Epidemiol.* 2003; **31**:412-6

¹ Poutanen R, Lahti S, Hausen H. Oral Health related knowledge, attitudes, and beliefs among 11 to 12-year-old Finnish schoolchildren with different oral health behaviours. *Acta Odont Escan.*2005; **63**:10-16

- ¹ Tates K, Meeuwesen L. Doctor-parent-child communication. A review of the literature. *Soc Sci & Med.* 2001 **52**: 839-851
- ¹ Freeman R, Oliver M, Bunting G, Kirk J, Saunderson W. Addressing Children's Oral Health Inequalities in Northern Ireland: A Research-Practice-Community Partnership Initiative. *Public Health Reports.* 2001;**116**: 617-625
- ¹ Blair, Y., et al (2006) *Dental health of 5-year-olds following community-based oral health promotion in Glasgow UK.* *International Journal of Paediatric Dentistry.* **16**: 388-398
- ¹ Soto F, Ti J, Marín L, Papenfuss R, Gutiérrez A .El Modelo De Creencias De Salud. Un Enfoque Teórico. *Rev Sal Pub Esp* 1997: **71**: 335-311.
- ¹ Munro S, Lewin s, Swart T, Volmink J. A review of health behavior theories: how useful are these for developing interventions to promote long-term medication adherence for TB and HIV/AIDS. *BMC Public Health* 2007; **7**: 104
- ¹ Petersen, Lennon. Effective use of Fluoride for the prevention of dental caries in the 21st century: the WHO approach". *Com Dent Oral Epid.* 2004 **32** (5), 319–321.
- ¹ Al-Jundi, SH, et al (2006) *The efficacy of a school-based caries preventive program: a 4 year study.* *Int.J Dent Hygiene* **4**: 30-34
- ¹ Inglehart MR, Bagramian RA. Oral Health-Related Quality of Life. . Illinois , USA: Quintessence books; 2002.
- ¹ Graham H, Power C. Childhood disadvantage and health inequalities: A framework for policy based on life course research. *Child: Care, Health and Development*; 2004 **30**: 671-678.
- ¹ Reglamento de la ley general de salud en materia de investigación para la salud. Secretaria de Salud. 1987.